

Български[®] ЗЪБОЛЕКАР

Брой 3 (20), септември 2017



Електронен вестник
на Сдружението
на българските зъболекари

ЗЪБОЛЕКАРИ ЗА ПРОМЯНА

ОБРЪЩЕНИЕ НА Д-Р ЗЛАТЕВА



Уважаеми колеги, скъпи читатели,

Измина още едно лято изпълнено с положителни емоции, разнообразни и красиви преживявания по време на отпуски и трудови подвизи. За нас членовете на Сдружението то започна с посрещането на юлското утро на морския бряг. Началото на посрещането на Юлското утро (Джулай морнинг) бе поставено в далечната 2000 г

в Батак по инициатива на тогавашния председател на СБЗ Д-р Иван Антикаджиев.

И все пак накратко, Джулай морнинг, или членувано Джулая, означава юлско утро и идва от името на легендарното рок парче на Юрая Хийп.

Вечерта на 30 юни срещу 1ви юли хора се събират традиционно близо до Черноморския бряг, за да посрещнат изгрева заедно. Пак традиционно под звуците на едноименната песен. А ето и цялата истина: както и повечето останали в историята неща и Джулая е започнал едва ли не тривиално като сбирка на неколцина приятели. Версиите на двама от старите хипари – Люба Стойчева и Владо Илиев, били на линия още в зората на българското движение, съвпаднаха напълно.

Всичко се завихрило във Варна през лятото на 1986. Тяната, млад хипар тогава, легенда днес, дал идеята. Хипи фолклорът разказва, че докато бил в казармата, му се паднало да стои на пост именно в нощта на 30 юни срещу 1 юли, Тогава си обещал, че ще направи така, че повече никой да не посрещне този изгрев сам.

Вечерта се събрали на една поляна в Морската градина близо до Първо районно, която и до днес се нарича Джулайската поляна. „Аз на първия Джулай вечерта не бях, но отидох на сутринта“ – спомня си Владо. – „Имаше не повече от 10-12 души, все варненци. От следващата година вече се събирахме на вълнолома до морския фар“. Разказът на Люба внесе допълнителен колорит и детайли: „Поводът беше донякъде и съвсем тривиален. Двама приятели имаха годишен отпуск от казармата точно тогава, а един друг рожден ден. Всичко съвпадна и решихме да се съберем. Аз тогава бях бременна и вече с коремче. Бях завършила музикалното училище и още живеях във Варна. Взехме китари, касетофон на батерии, за да си пуснем на сутринта July morning, бирички...

Не че и през другото време не посрещаме изгрева, но тогава имаше конкретен повод. Бяхме различни по възраст – старата хипария и няколко дечурлига."

Интересното идва на следващата година. Варненските хипита с „По пътя“ на Керуак в джоба като обикновено кръстосвали България на стоп през годината.



ИНФОДЕНТ

ОСНОВЕН МЕДИЕН ПАРТНЬОР НА СБЗ

ПАРТНЬОРИ

AXIS SWISS QUALITY



MIS[®] BULGARIA
www.labtechnology-bg.com



BulDent
Pharmaceutical & Dental Care



КРИС 95



ЕЛАНА Фонд Мениджмънт



Medical Depot R&K
Стоматология, медицина, проектиране



SEAT

РОМИ ДЕНТ

И споделяли с приятели за Джулая, тогава мобилни телефони още нямаше. И на втория Джулай се събрали няколко пъти повече, при това с представители от цяла България.” Всяка година ставахме все повече и повече. Най-хубавият Джулай беше през 89-та. Тогава след изгрева се появи Дидо Драгнев в бял костюм и каза, че ни кани всички на своята сватба. Един приятел рисува върху чаршаф хипарския знак и отгоре на български написа „Обичай”. С този плакат 400 души се понесохме в шествие по улиците на Варна. Беше голям купон”- пренася ни във времето Владо. По онова време Джулая е място за срещи на хора с еднакво виждане за света. „Искахме да си носим дългите коси, да си слушаме музиката, да си пием на спокойствие” – обяснява Владо.

Поети и музиканти активно присъстват сред невписващите се в тогавашните разбирания за живота бунтари. Юлският изгрев освен купон предлага място за обмен на идеи, разговори, музика, дори литературни четения. “В един момент това едва ли не стана национално движение. Надойдоха журналисти, община Варна беше налепила плакати, искаше да организира концерти” – продължи разказа си Люба. „Започнаха да идват всякакви – пънкери, метъли. Започнаха проблеми с полицията. Това не беше нашата идея и се преместихме. 92-а и 93-а беше някакво междинно положение. Събирахме се на различни места, а през 94-а с Тянат се преместихме на Варвара. Там беше диво и незастроено тогава” – допълва Владо. На Варвара, в полите на Странджа, хипитата си правят бивак и започват да посрещат изгрева на поляната до т. Нар. Желязно дърво – артефакт, останал от снимането на българския филм „Голямото нощно къпане”.

През 1994 г се ражда и т.нар. Ивнинг (вечер).” Със Светлана Комогорова-Комата седяхме след изгрева в известна варварска кръчма „Яндата”. Тогава си казахме: щом и имаме морнинг, защо да си нямаме и ивнинг? Като го посрещаме слънцето в началото на юли, защо да не го изпратим в края?” – посвещава ни в историята Владо. И така на 31 срещу 1 август започва и Ивнинга.

Но колкото повече годините ни отдалечават от спомена за комунизма, толкова повече и хипи движението се разпилява. Обратно на очакваното обаче Джулая продължава да расте. Само, че от своеобразна социална позиция, празникът се превръща по-скоро в начал малко и голямо да се измъкне от напрегнатото ежедневие и да зареди батериите с животворните слънчеви лъчи на изгрева. Стигна се дотам, че в последните години едва ли не Черноморието се оказва тясно за прииждащите „нео-джулайци”.

Дори не знаят кой е Райчо (слънцето – на стар джулайски жаргон), ентузиастите от цялата страна се запътват най-вече към Иракли и Камен бряг. Десетки огънчета огряват плажовете през нощта, а на сутринта мечтата на Тяната е направо осъществена. Буквално хиляди посрещат заедно изгрева на Камен бряг, макар мнозина – през камерата на мобилните телефони. Пикът беше миналата година, когато хиляди посрещнаха на Камен бряг Джулая с „Юрая”. Удивен, че в България съществува подобен празник, бившият вокалист на легендарната банда – Джон Лоутън, изпълни July morning на самия изгрев.

Джулая е уникален за България поради естеството на неговото възникване и не се наблюдава в други европейски страни.

Едва през 90-те години традиционните хипи събирания започват да се провеждат не само във Варна, а и на други места по крайбрежието, като постепенно в тях се включват и почитатели на пънка и хеви метъла. На много места по този повод, започват да се организират рок-концерти. В момента най-популярното място за посрещане на юлското утро е Камен бряг, а в последните години там пее и оригиналният изпълнител на едноименната песен Джон Лоутън. Така след 27 години от касетофони на батерии песента прозвуча в оригиналното изпълнение на живо. Самите музиканти от Юрая Хип признават, че са поразени от култовия статут на песента си в България, защото тя като цяло не е сред най-големите им хитове.

Джулай морнинг стр. 2-3
Кампания „Веселите зъбки“
стр. 4

Орално хирургични намеси с Er-YAG лазер – лекция на д-р Евгений Миронов стр. 6-13
Oral Academy Bulgaria – платформа за комуникация
стр. 14

Медикаментозно индуцирана остеоонекроза на челюстите – лекция на д-р Стоян Казаков стр. 15-23

Какво спечелиха партньорите на Елана Фонд Мениджмънт?

стр. 24-25

Интервю със Стефан Вълдобрев

стр. 30-32

Стечение на времето Джулай морнинг добива все по-широка популярност сред младите хора, като местата, на които се чества, вече се разпростират не само по българското черноморие, но и в повечето големи населени места на страната, посочва БГНЕС. Особено популярни са бреговете на реки и всякакви водни басейни, хълмисти местности с възможно най-висока видимост на терена, както и всяко възвишение около големите градове. Формално изгревът може да се посрещне на всяка апартаментска тераса с изглед на изток, като за хората, които нямат възможност да прекарат нощта на открито, това е достатъчно, за да се чувстват съпричастни.

СБЗ обявява Джулай морнинг за свой празник по идея на Д-р Иван Антикаджиев през 1999г. и първото посрещане на изгрева от свободно мислещи зъболекари е осъществено в г. Батак.

Вече 18 години членове, симпатизанти и партньори на СБЗ поддържат традицията и направиха празника една от емблемите на Сдружението - търсим правото на свободен и щастлив живот.

ИСТОРИЯТА НА ПЕСЕНТА

„Юрая Хийп“ е английска рок-банда, станала една от популярните групи на 70-те години на миналия век. Името си избират от едноименния герой на Чарлз Дикенс от романа „Дејвид Копърфилд“. В книгата Юрая действа като противник на Дејвид, осуецавайки плановите му. Между 70-те и 80-те години банда многократно сменя членовете си. July morning се превръща в хитовото парче от третия им албум Look at Yourself от 1971г. 10-минутната класика се ражда от различни идеи на Кен Хенсли и Дејвид Байрън. Докато записвали албума Look at Yourself, музикантите открили, че са написали няколко отделни композиции все в до мажор. Сглобили ги заедно и така се родила легендата July morning.

Парчето е издавано като сингъл в САЩ през 1971 и 1973г. Песента се превръща в класика не само у нас – изпълнението на орган в началното интро се използва и като сватбен марш по света.

July morning звучи като току-що създадена и продължава да наежда кожата – тя не може да се слуша равнодушно, дори когато не посрещаш Джулая.

Там аз бях във юлска сутрин,
за да търся любов,
с магията
на новото зазоряване
и с прекрасното Слънце

Под звуците
на първите птичи песни.
Дома си оставих
по средата на бурята
и на нощта зад мен,
и на моя собствен път.

Със деня идваше решението -
ще търся теб!
Ла ла ла ла ла ла ла ла.
Търсех любовта
на странни места,
не остана камък,
който да не преобърна.

Трябваше да са били сигурно повече
от хиляди лица,
но никой, не чувствах
като огън, който гори.
В моето сърце, в моите мисли, в моята душа.
Ла ла ла ла ла ла ла ла.

Там аз бях във юлска сутрин,
за да търся любов,
с магията
на новото зазоряване
и с прекрасното Слънце

Под звуците
на първите птичи песни.
Дома си оставих
по средата на бурята
и на нощта зад мен,
и на моя собствен път.



След посрещането на юлското утро проведохме и прекрасна юбилейна среща, преминала в добра делова обстановка през деня и завършила със страхотна емоционална тържествена вечер на морския бряг на комплекс Албена.

Професионалните латино изпълнители, чаровният DJ и красивите фойерверки повдигнаха градус на настроението и оставиха незабравими спомени от горещата юлска вечер.

Изказваме благодарността си към лекторите – членовете на СБЗ Д-р Евгени Миронов и Д-р Венцеслав Ралев за професионалните презентации, които направиха безвъзмездно за членовете и гостите на СБЗ и любезно предоставиха на нашите читатели.

КАМПАНИЯ "ВЕСЕЛИТЕ ЗЪБКИ"

И тази година СБЗ в партньорство с dm България разработва социален проект, наречен "Веселите зъбки 2017", ориентиран пряко към развитието и подобряването оралната хигиена при децата във възрастта от 3 до 6 години (вкл.) от детски градини и предучилищни учебни заведения от цялата страна. Целта на тазгодишната кампания е талоните за безплатни профилактични прегледи да достигнат до 25000 броя. Кампанията ще стартира на 1.10.17г.и ще приключи на 31.12.17г. Всяко дете ще получи подарък и в десет детски градини в страната ще се проведат образователни представления със зъболекар и забавни игри с аниматори.



КАНИМ ВСИЧКИ КОЛЕГИ ОТ СТРАНАТА ДА СТАНАТ ЧАСТ ОТ ТАЗИ ПРЕКРАСНА ИНИЦИАТИВА !

Ангажиментът ,поет от СБЗ, е да осигури клиники и кабинети ,в които да бъдат преглеждани безплатно деца до 6 год.(вкл) срещу талон ,предоставен в dm магазините.

Кампанията се провежда в цялата страна. Колегите, желаещи да се включат, могат да го направят до 18.09.17г. чрез е-mail на СБЗ - abdentist@abv.bg, предоставяйки следните данни-име на стоматолога и практиката, адрес на практиката, телефони е-mail. Координатор на мероприятиято е Г-жа Дочка Димитрова - офис мениджър на СБЗ, тел.0887483891. Талоните за преглед са валидни във всеки кабинет, потвърдил участие.

dm drogerie markt принадлежи към най-големите вериги дрогерии в Централна и Източна Европа. Първият магазин е отворен през 1973 г. в Карлсруе, Германия, а първият филиал в Австрия – през 1976 г. в град Линц. Централата на групата се намира в Залцбург, Австрия. Днес dm е представен в 12 страни в Европа.

dm България се присъединява към групата на 29 януари 2009 г. с първия си магазин за дрогерийни стоки в град Видин. Към днешна дата филиалната мрежа се състои от 69 магазина в 25 града в страната (към дата 01.08.2017), а служителите на компанията са над 500. Асортиментът на dm обхваща над 14 000 дрогерийни стоки като изключително голям брой козметични продукти, парфюмерия, стоки за дома, храна за домашни любимци, бебешки продукти и много други. Многообразният асортимент е допълнен и от 23 собствени марки на dm, като най-популярни между тях са: Balea, babylove, alverde, DONTODENT, Denkmit, Profissimo и dmBio. В магазините за дрогерийни стоки на dm България не се предлагат лекарствени продукти и медицински изделия.

Целта на dm е да изгражда компания, отговаряща на потребностите на клиента, да е надежден и коректен партньор, да предлага на служителите си възможности за развитие. Затова dm поставя човека в центъра на своята дейност – като клиент, служител или партньор. „Тук съм човек, тук пазарувам“.



MIS GLOBAL
CONFERENCE 2018

© MIS Implants Technologies Ltd. All rights reserved.



LEARN THE EASY WAY. MAKE IT SIMPLE

MIS is pleased and honored to invite you to the 4th MIS Global Conference: 360° IMPLANTOLOGY, in beautiful Nassau Paradise Island, Bahamas. This Global Conference will deliver an intense and unforgettable experience in every aspect: scientific, professional and personal. [For registration, please contact your local MIS Representative.](#)

mis[®]



Специфични орално-хирургични намеси, изискващи употребата на Er:YAG лазер за постигане на оптимален резултат

Д-р Евгений Миронов

Er:YAG в костната хирургия - реални ползи

В сравнение с конвенционалните подходи в оралната хирургия, лазерно асистираните методи за костна обработка имат множество преимущества:

- По-малка вибрационна и топлинна травматичност спрямо аналогична обработка с ултразвук или борер
- Стимулирано кървене в посока на костната рана, обуславящо образуване на плътен коагулум.
- Намалено кървене в посока на меките тъкани и по малък постоперативен оток.
- Дезинфекция по време на обработката благодарение на високата локална температура и отделянето на активен кислород
- Прогнозируем резултат при различни възрастови групи, намалена зависимост от общото състояние на пациента.
- Скъсен и по-лек реконвалесцентен период.

Er:YAG в костната хирургия - субективни реакции у пациента

- Лазерно-асистираните процедури предизвикват различни реакции при отделните пациенти, като превалят положителните отзиви
- Усещане за по-кратко времетраене на операцията поради по-малката травматичност. Намалено чувство на страх при правилно представяне на процедурата поради по-малкия обем на намесата.
- Доверие и респект при употребата на думата Лазер. Като недостатък често пациентите изтъкват специфичната миризма при работа с лазери.
- Като недостатък често пациентите изтъкват специфичната миризма при работа с лазери.

Er:YAG в костната хирургия - впечатления на клинициста

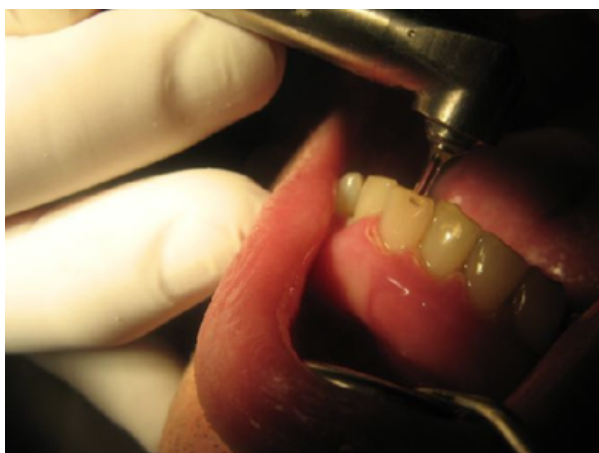
- Няколко особености при работа с Er:YAG лазери правят впечатление още при първото ни съприкосновение:
- Липсата на вибрация, като същевременно усещането за отговора на обработваната кост, т.е. обратната връзка съществува. Усещане за контрол над дълбочината на третиране - придобива се след известен опит.
- Лесен и атравматичен за меките тъкани достъп през минимални разрези.
- Видими клинични признаци на възстановяване още през първите дни след намесата

Er:YAG - асистиран открит кюретаж



Начална ситуация - налични са трем и, супурация и хипертрофия на гингивата

Er:YAG - асистиран открит кюретаж



Предварителна деепителизация на ръбовете на ламбото в контактен режим (H14), LP (300microsec), 20 Hz, 150 mJ, въздух 2, вода 0



Послойно отстраняване на гранулациите от вътрешната повърхност на ламбото, контактен режим, 20Hz, 150-200mJ, LP, VLP, въздух 3, вода 4



Почистване на костните джобове с длетовиден и коничен връх, MSP (120microsec), 20Hz, 100-150 mJ, въздух 3, вода 5

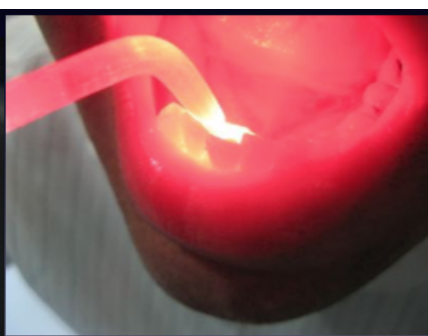
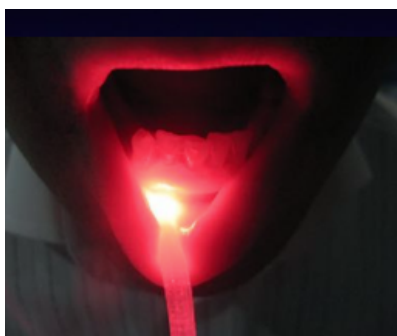


След кондициониране на кореновите повърхности, с длетовиден връх, MSP (120 microsec), 10Hz, 100mJ, въздух 4, вода 6, са поставени шевове, без превръзка



8ми ден - след свалянето на шевове се вижда липсата на трети, породена от лазерно индуцираното стимулиране на колагена

ОРАЛНО-ХИРУРГИЧНИ НАМЕСИ С ER:YAG ЛАЗЕР



Червен ниско-интензивен лазер за допълнителна стимулация на рециркулацията, 6 сесии за 2 седмици

Ситуацията след 4 седмици - липсват трети, кървене при сондиране, подвижността е сведена до 0 и 1ва степен

Специфични костни хирургични намеси

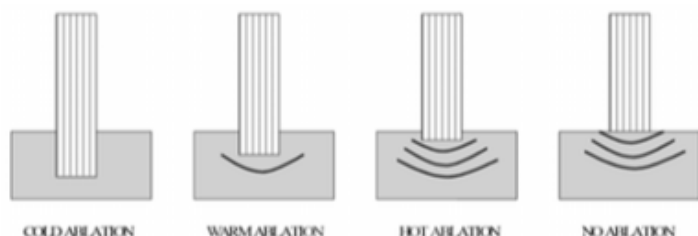
Добре познати са методиките за оптимизиране на протезното поле, конкретно костната основа, използвани широко в протетиката и имплантологията.

Условно могат да се оформят две групи намеси - остеопластики за премахване на екзостози, и аугментационни процедури за създаване на обем нова кост. Благодарение на съвременните лазерни апарати, тези процедури стават по-минимално инвазивни и лесно приложими от общопрактикуващите дентални медици.

Известно и общоприето е мнението че обработката на кост се извършва по принципите и с настройките за обработка на твърди зъбни тъкани:

- Продължителност на импулса 50-120 микросекунди
- Пулсова енергия 150-250 mJ, гарантираща при тази продължителност, пикова мощност от 1-2 киловата
- Работна честота 15-20 Hz
- Преобладаващо водно охлаждане с цел избягване на емфизем

Късите импулси с висока пикова мощност гарантират режим на студена аблация, с нищожен риск от термично увреждане на подлежащите слоеве кост. Дълбочината на отнемане лесно се калкулира и при ясни стойности на енергия, мощност и времетраене на обработката, резултатът е предвидим.



При така настроените параметри, обработката с Ербиум лазери оставя витална костна рана, с активирани процеси на клетъчно и съдово възстановяване, за което в дълбочина допринася и остатъчната ниско-енергийна компонента.

Доказано от много автори е че ниската енергия в средния инфрачервен спектър стимулира колагеногенезата и остеобластната пролиферация, водещо до следоперативно бързо възстановяване и костен растеж.

Фигурата се използва с разрешението на Fotona, Slovenia

Работата върху кост в режим на студена аблация предизвиква обилно кървене, осигуряващо покритие на костната рана с чиста кръв, съдържаща фактори на растежа и прекурсорни клетки. Всички тези факти са предимства при обработката на костни дефекти с Ербиум лазери,

НО...

..... когато не искаме това да се случи ?

Как да премахнем екзостози без да очакваме рецидив поради стимулация на подлежащата кост

Как да обработим точно колкото искаме и костта да остане в желаната форма

Как да предотвратим стимулиращия индиректен ефект на Ербиум вълната

малко назад в миналото <<<

>>> когато работна честота от едва 2-3 до 10 херца е считана за безопасна

Дължината на импулса е около 150 микросекунди без възможност за промяна

Режимът за обработка на меки или твърди тъкани е детерминиран единствено от енергията на импулса

Тоест - работа на границата между аблация и термичен ефект - как да го постигнем днес >>>

>>> Висока работна честота - 40 Hz (20 Hz в режим QSP) Енергия от порядъка на 60-80 mJ (90-100 mJ в режим QSP)

Продължителност на импулса - в режим на твърдотъкнна обработка - 100 микросек.

По този начин запазваме пиковата мощност леко над аблационния праг , придържаме се към късите импулси с цел избягване на задълбочен термичен ефект, и чрез високата честота предаваме към повърхностния слой дозиран термичен ефект, служещ като екран за предаване в дълбочина на иначе полезната доза ниска енергия.

Клиничен случай №1

Транс-гингивална остеопластика



Случай на пост-екстракционна екзостоза съпроводена с болезненост при допир и оплаквания от дразнене при хранене. 20 дни след екстракцията.



Със сапфирен връх тип длето без разрез на разстояние 1 см от целевата точка се прониква през лигавица и периост до допир с костната повърхност. С постоянно работещ лазер субпериостално се достига прицелната зона и се обработва с енергия 100 mJ/ 20 Hz QSP



Отнемането на ненужната костна тъкан продължава до оформянето и в желания вид. Работата в режим на ниска енергия е бавна, независимо от високата честота. Мекотъкната входна рана и обработената костна повърхност не съвпадат, което прави ненужно поставянето на шевове, както и приемането на антибиотик.

Клиничен случай №2

Субпериостална кортикална стимулация с PRF присадка

Методиката комбинира принципа на тунелна субпериостална препарация с цел поставяне на костозаместители и лазерно нарушаване на кресталния кортикалис с цел създаване на подходяща за костозаместителя приемна повърхност.

След дъговиден консервативен разрез, тунелната препарация може да се извърши с разпатор или директно с длетовидния сапфирен връх с активен лъч, като при поплътна прикрепена гингива има риск от счупването му.

Използват се параметри гарнатиращи студена аблация - Средни към високи стойности на енергията с къс импулс и сравнително ниска честота - 15-20 Hz/ 200-250 mJ.



Случай на предимплантологично създаване на вестибуларна кост над зъби 11, 21



След вертикален разрез над зъб 12 субпериостално се отпрепарира с помощта на длетовидно връхче с честота 20 Hz и енергия 200 mJ. След освобождаването на периоста, зоната над резците се обработи със същата енергия но с честота 15 Hz и три пълни преминавания по кортикалната повърхност.



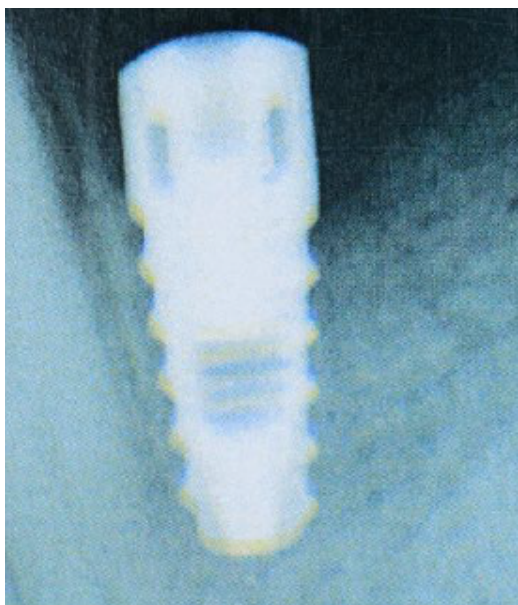
След първи ситуационен шев, през разреза се постави необходимия обем PRF. Дължината на типчето и еластичността на тъканите позволява работа над двете страни само през един разрез и преминаване през залавното място на френулума



Сваляне на шевове на 8ми ден, видим е новосъздаденият обем, спокоен вид на полето без употреба на антибиотик

Клиничен случай №3

Имедиатно заместване на неинтегриран имплант



Случай на провален преди натоварването bone-level имплант, показващ клинични и рентгенологични признаци за липса на остеоинтеграция 3 месеца след поставянето му



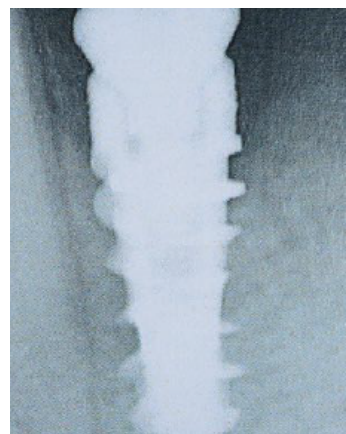
При наличие на идентичен по размер и форма имплант, но с друг дизайн и широка резба, позволяваща добра първична стабилност, бе взето решение за едномоментно заместване на импланта с друг. Като първи етап се проведе деепителизация с широко разкриване на импланта без оформяне на ламбо. Параметри на работа - LP(300 mikrosek), 20Hz/200mJ



С фрезата отговаряща на крайния диаметър на новия имплант се оформи ложетому . Като последен етап преди поставянето бе проведена обработка с Er:YAG с цилиндричен връх по цялата дължина на костната рана със 100 микросекунден импулс с енергия 200 mJ и 15 Hz - твърдотканни настройки, осигуряващи кондициониране на повърхността , очистване от евентуални епителни и грануляционни тъканни остатъци и стимулация на подлежащата кост.



С цел по-добро уплътняване на меките тъкани и трудното затваряне на раната с шев, имплантът бе поставен с цикатризиращ винт вместо стандартния покривен.



Два месеца след намесата се наблюдава добра остеоинтеграция на новопоставения имплант и липса на оплаквания от пациента

ИЗВОДИ

Подходът към лазерно-асистираната орална костна хирургия следва да бъде индивидуален към всеки случай и след внимателна оценка на планираните настройки на апарата.

В някои случаи придържането към строгите правила може да ни изиграе лоша шега и иначе добре планирана намеса да бъде повтаряна .

Използването на минимално инвазивен подход без разрези и шевове се приема добре от пациента и оставя впечатление за щадящо отношение и ориентация на лекаря към новостите.

Благодаря за вниманието



При интерес към описаните техники винаги сте **ДОБРЕ ДОШЛИ**



Д-р Евгений Миронов,
Mail: dr_em@abv.bg

*Серията MASTER, турбини и наконечници,
е с най-високо качество и предлага
максимално удобство.*



сменящи се
глави с различни
предавателни
числа

KaVo master
series



*Серията EXPERT, турбини и наконечници, е с най-
доброто съотношение цена - качество, висока
функционалност и производителност.*



KaVo expert
series



EXPERTsurg Lux

MASTERSurg

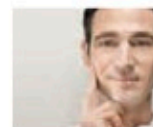


Система за дентална хирургия с
безщетков хирургически мотор
INTRA LUX S600LED обороти 0 -
40,000 rpm, въртящ момент макс. 5,5
Ncm (0-12000 U/min) - 2,5 Ncm
(12000-40000 U/min), със светлина
Mini LED, автоклавируеми шлаух и
мотор, Вградена помпа за
охладителна течност, Интуитивно
управление, автоматично
настройване, Педал.

SURGmatic S201 L - Ъглов наконечник
20:1, със светлина, Макс. Скорост
2.000 rpm, 55 Ncm.

SURGmatic S11 L - прав, със
светлина - Макс. Скорост 40.000

KaVo surg



Oral Academy Bulgaria – една съвременна платформа за комуникация между колеги

Oral Academy Bulgaria е една нова среда за обмяна на опит и комуникация между колеги. Създадена е от млад колектив и цели скъсяването на разстоянието между денталните лекари във виртуалното пространство, както и взаимопомощ между тях при по-трудни клинични случаи.

Платформата има действаща фейсбук страница, където се обявяват основните публикации и новини, както и пет групи разпределени в пет направления. Група за еднородния с име “Oral Academy Edno”, група за орална и лицево-челюстна хирургия и патология с име “Oral Academy OMFS”, група за ресторативни възстановявания, протетична рехабилитация на дъвкателния апарат – съответно “Oral Academy Restorative”, група за ортодонтия - “Oral Academy Orthodontics” и не на последно място – група за пародонтология и дентални импланти “Oral Academy Perio and Implants”. В страницата вече са публикувани много полезни материали, които се свалят безплатно.



Някои от тях са анкетни листове за оценка за медицинския статус на пациентите, различни информирани съгласия, кратък справочник с антибиотиците, които се използват при одонтогенните инфекции, схеми за борба с анафилактичен шок и много други. Предстои представянето на сайт към платформата – <http://www.oralacademy.bg>. Тъй като това е проект, който в момента се разработва, останалата информация и пълния списък на колектива, който стои зад всичко ще бъде представена напред във времето.



С уважение д-р Стоян Казаков

МЕДИКАМЕНТОЗНО ИНДУЦИРАНА ОСТЕОНЕКРОЗА НА ЧЕЛЮСТИТЕ

Медикаментозно индуцирана остеонекроза на челюстите – диагностика, стадиране и лечение

Абстракт

Медикаментозно индуцираната остеонекроза на челюстите за пръв път е описана през 2003 г. от Маркс (Marx, 2003). Тя се предизвиква от медикаменти, които принадлежат към групата на бифосфонатите и/или моноклоналните антитела. Те блокират остеокластната активност и по този начин спират резорбирането на костта. Използват се за лечение на костни метастази – най-често на карцином на млечна жлеза и карцином на простатна жлеза, както и на мултиплен миелом и остеопороза. Въпреки различните възможности за лечението на остонекрозата, тя си остава огромен проблем в клиничната практика.

Медикаментозно индуцираната остеонекроза на челюстите за пръв път е описана през 2003 г. от Маркс (Marx, 2003). Тя се предизвиква от медикаменти, които принадлежат към групата на бифосфонатите и/или моноклоналните антитела.

Медикаменти водещи до медикаментозно индуцирана остеонекроза

Списък с антирезорбтивните медикаменти, които водят до риск от възникване на медикаментозно индуцирана остеонекроза на челюстите:

Антирезорбтивни медикаменти водещи до медикаментозно индуцирана остеонекроза на челюстите

Медикамент	Търговско име	Производител	Индикация	Тип
Alendronate	Fosamax®	Merck	Остеопороза	Бифосфонат
Risedronate	Actonel®	Warner Chilcott	Остеопороза	Бифосфонат
Ibandronate	Boniva®	Genentech	Остеопороза	Бифосфонат
	Bonviva®	Roche	Остеопороза	Бифосфонат
Pamidronate	Aredia®	Novartis	Костни метастази	Бифосфонат
Zoledronate	Zometa®	Novartis	Костни метастази	Бифосфонат
	Reclast®	Novartis	Остеопороза	Бифосфонат
Denosumab	Xgeva®	Amgen	Костни метастази	Моноклонално
	Prolia®	Amgen	Остеопороза	антитяло

Бифосфонатите са група лекарствени продукти, за пръв път синтезирани през 1880 г., през последните 40 години се използват за лечение на заболявания на костите и калциевия метаболизъм. (Bartl R, Frisch B, von Tresckow E, Bartl C., 2007) (Bassett CA, Donath A, Macagno F, Preisig R, Fleisch H, Francis MD, 1969) (Fleisch HA, Russell RG, Bisaz S, Mühlbauer RC, Williams DA., 1970) (Sato M, Grasser W, Endo N, Akins R, Simmons H, Thompson DD, et al., 1991)

За практическо приложение, бифосфонатите са подразделени в химични групи както следва:

1. Бифосфонати, несъдържащи азотен атом – етидронат и клодронат;
 2. Аминобифосфонати – памидронат и алендронат;
 3. Аминобифосфонати, съдържащи азотен атом – ибандронат;
 4. Хетероциклични азот-съдържащи бифосфонати: ризендронат, золендронат;
- (Bartl R, Frisch B, von Tresckow E, Bartl C., 2007)

Фармакодинамика и фармакокинетика**Бифосфонати**

Оралните бифосфонати са слабо резорбируеми през горния храносмнителен път, но това се компенсира от тяхната потентност – дори 1% от приетата доза е ефективна. Те се свързват с албумина в кръвта. (Bartl R, Frisch B, von Tresckow E, Bartl C., 2007). Афинитетът на различните бифосфонати към костната тъкан е различен, което рефлектира в различна клинична изява, както на техните терапевтични ефекти, така и на нежеланите реакции. Когато са приложени интравенозно (золендронова и ибандронова киселина), повече от 70% от общата доза достига до костта и 20-25 % се депозира в нея. Останалата част се екскретира чрез урината и фекалните маси. (Bartl R, Frisch B, von Tresckow E, Bartl C., 2007)

Прицелните клетки са остеокластите и техните прекурсори. Бифосфонатите взаимодействат с пътя на мевалоновата киселина, като инхибират формирането на мастни вериги от пренилираните (метирираните, етилираните) протеини, също така и с метаболизма на стероидите. Докато статините (лекарства използвани за лечението на хиперлипидемията) инхибират синтеза на мевалоновата киселина чрез инхибиция на ХМГКоА (хидрокси-метил-глутарил-коензим-А), бифосфонатите инхибират с по-ранните фази на липидизацията на протеините и на стероидния синтез. (Bartl R, Frisch B, von Tresckow E, Bartl C., 2007) (Sato M, Grasser W, Endo N, Akins R, Simmons H, Thompson DD, et al., 1991)

Следните стъпки в синтеза на мевалоновата киселина са клинично значими и са обект на действието на бифосфонатите:

1-во поколение бифосфонати (несъдържащи азот) заедно с АМФ образуват АТФ аналог, който не може да бъде хидролизиран и спира използването на енергията, нужна за синтеза на изопентанил пирогосфат;

2-ро поколение (азот-съдържащи) задържат ензимното преобразуване на диметилалил пирогосфат до геранил пирогосфат;

3-то поколение допълнително блокират и следващата стъпка в ензимната верига т.е. преобразуването на геранил пирогосфат до фарнезил пирогосфат;

Заради натрупването на бифосфонатите в остеокластите и тяхното действие върху метаболитния път на мевалоновата киселина, голямата концентрация от натрупан прекурсор на изопентанил пирогосфат предизвиква взаимодействие между него и АМФ до образуването на изопентанил-АТФ. В допълнение на това бифосфонатите променят остеокластите, като пречат на тяхната адхезия към костта. Тази комбинация от супресорни ефекти върху остеокластната активност активира екскрецията на активни каспази, което пък от своя страна довежда до програмира клетъчна смърт. (Bartl R, Frisch B, von Tresckow E, Bartl C., 2007) (Russell RG, Rogers MJ, Frith JC, Luckman SP, Coxon FP, Benford HL, et al., 1999)

Денозумаб

Денозумаб е човешко моноклонално антитяло произведено в клетъчни линии от бозайници чрез рекомбинантна ДНК технология:

- Той е антирезорбтивен препарат който съществува като напълно хуманизирано антитяло срещу RANK лиганд и инхибира функцията на остеокластите;
- Подобно на бифосфонатите инхибира остеокластната диференциация и функция и увеличава апоптозата, като това води до понижаване на костната резорбция и ремоделиране;
- Когато денозумаб (Prolia) се прилага подкожно на всеки 6 месеца е налице намаление на риска от вертебрални, невертебрални и бедрени фрактури при пациенти с остеопороза;
- Денозумаб (Xgeva) се прилага веднъж месечно при възрастни пациенти с костни метастази. Може да се използва и при младежи със завършено скелетно развитие с гигантоклетъчен тумор, когато туморът е неоперабилен;
- Интересното е че за разлика от бифосфонатите инхибиторите на лиганда не се свързват с костите и техният ефект върху костното ремоделиране е намален в рамките на месеца след прекратяване на лечението с тях;
- Не е докладвано потискане на ангиогенезата при използване на денозумаб

МЕДИКАМЕНТОЗНО ИНДУЦИРАНА ОСТЕОНЕКРОЗА НА ЧЕЛЮСТИТЕ

Бифосфонатите и денозумаб са потентни инхибитори на костната резорбция, които рутинно и успешно се прилагат в лечението на костните патологии, най-вече при остеопорозата и костните метастази. (Cummings SR, San Martin J, McClung MR, Siris ES, Eastell R, Reid IR, et al., 2009/08/11) (Stopeck AT, Lipton A, Body JJ, Steger GG, Tonkin K, de Boer RH, et al., 2010) (Baron R, Ferrari S, Russell RG., 2010) (Van den Wyngaert T, Claeys T, Huizing MT, Vermorken JB, Fossion E., 2008/10/26) (Henry DH, Costa L, Goldwasser F, Hirsh V, Hungria V, Prausova J, et al., 2011) (Anastasilakis AD, Toulis KA, Polyzos SA, Anastasilakis CD, Makras P., 2012).

Медикаментозно индуцирана остеонекроза – определение, стадиране и класификация

Според Американската асоциация по орална и лицево-челюстна хирургия, като медикаментозно индуцирана остеонекроза на челюстите се разбира наличие на открита некротична кост, която не заздравява в рамките на 8 седмици след диагностицирането ѝ, въпреки положените медицински грижи. Налич на анамнеза за текуща или предходна антирезорбтивна терапия без да е провеждана лъчетерапия в лицево-челюстната област.

Класификация на медикаментозно индуцирана остеонекроза на челюстите

Степен	Marx 2011	SICMF-SIPMO 2012	AAOMS 2014
В риск			Липсва доказателство за открита или некротична кост при пациенти, лекувани с антирезорбтивни медикаменти;
Степен 0	Субклинична увреда, представена микроскопски от апоптоза на остеокластите и намаляване броя на ендосалните остеобласти;		Пациенти без клинични доказателства за некротична кост, но имащи неспецифични находки като: Симптоми - болка в зъбите с неодоногенна етиология; - тъпа болка в областта на тялото на долната челюст, която може да ирадира към ТМС; - болка в синуса, може да има възпаление и задебеляване на синусната лигавица; - променено невrogenно усещане; Клинична находка - подвижност на зъби, несвързана с пародонтално заболяване; - периапикална/пародонтална фистула, несвързана с пулпна некроза; Рентгенографска находка - загуба на алвеоларна кост или резорбция, несвързана с пародонтално заболяване; - промяна на трабекуларния строеж – плътна (приличаща на вълна) кост, персистенция на алвеола след екстракция; - полета на остеосклероза включващи алвеоларната кост и/или обкръжаващата я такава; - задебелен/неясен периодонтален лигамент (задебеляване на ламина дура и намаляване размера на периодонталната цепка); Всички тези неспецифични находки могат да бъдат характерни за пациенти, които са в Степен 1, 2 или 3, излекувани са и нямат открити костни полета;

Степен 1 Един квадрант или по-малко открита кост без остеолиза простираща се извън алвеоларния израстък или синуса;	Фокална BRONJ Клинична находка и симптоми: открита кост, неочаквана подвижност на зъби, незаздравяваща екстракционна рана, мукозна фистула, подуване, формиране на абсцес, тризмус, деформация на мандибулата, хипоестезия/парестезия на устните; СТ находка: увеличена костна плътност, ограничена в областта на алвеоларната кост (трабекуларно задебеляване и/или фокална остеоосклероза) с или без следните белези: задебеляване и склерозизиране на ламина дура, персистираща алвеола и/или кортикална дегенерация; 1a: асимптоматична; 1b: симптоматична (болка и пурулентна ексудация);	Открита и некротична кост или фистула, която достига до кост при пациенти, които са асимптоматични и липсва инфекция. Тези пациенти могат да имат рентгенологични находки, като при Степен 0 , които са локализирани в областта на алвеоларната кост;
Степен 2 Два или повече квадранта открита кост без остеолиза, простираща се извън алвеоларния израстък или синуса;	Дифузна BRONJ Клинична находка и симптоми: същите, като при Степен 1 ; СТ находка: увеличена костна плътност, разширяваща се до базалната кост (дифузна остеоосклероза) с или без следните находки: проминенция на инфериорния алвеоларен канал, периостална реакция, синусит, формация на секвестър и/или оро-антрална фистула; 1a: асимптоматична; 1b: симптоматична (болка и пурулентна ексудация);	Открита и некротична кост или фистула, която достига до кост при пациенти, с наличие на инфекция. Пациентите често са симптоматични. Тези пациенти могат да имат рентгенологични находки, като при Степен 0 , които са локализирани в областта на алвеоларната кост;
Степен 3 Остеолиза, простираща се извън алвеоларния израстък, или патологична фрактура, или кутанна фистула, или възвличане на синуса;	Комплицирана BRONJ Същата, като в Степен 2 , с една или повече от следните клинични находки и симптоми: екстраорална фистула, разместени мандибуларни фрагменти, ексудация от носа; СТ находка: остеоосклероза на заобикалящите кости (зигоматична и небце), патологична фрактура на мандибулата и/или остеолиза до синусния под;	Открита и некротична кост или фистула, която достига до кост, при пациенти с наличие на инфекция, и една или повече от следните находки: ■ открита некротична кост, която се простира извън алвеоларния израстък – под долната му граница, възходящия клон, максиларния синус и зигоматичната кост; ■ патологична фрактура; ■ екстраорална фистула; ■ оро-антрална/оро-назална комуникация; ■ остеолиза, простираща се до ръба на долната челюст или пода на синуса;

AAOMS – American Association of Oral and Maxillofacial Surgeons; SICMF – Italian Society of Maxillofacial Surgery; SIPMO – Italian Society of Oral Pathology and Oral Medicine; CT – компютърна томография; BRONJ – бифосфонатна остеоонекроза на челюстите; TMC – темпоромандибуларна става;

Лечение на медикаментозно индуцираната остеонокроза

Предразполагащи фактори за възникването ѝ са несанирано съзъбие, хронична инфекция и възпаление (най-често хроничен периапикален периодонтит, пародонтит), мандибуларни и палатинални торуси, екзостози и не на последно място травма (напр. подвижно протезиране), която да наруши цялостта на лигавицата на челюстите и това да доведе до откриване на кост и инициация на некроза. Най-честият причинител за възникване на остеонокроза е екстракция на зъб.

Веднъж започнала медикаментозно индуцираната остеонокроза се лекува трудно. Методите на лечение са консервативни – използване на антибиотици и локални антисептици, физиотерапия и хирургични – премахване на некротата. Един от най-съвременните методи е резекция на костта чрез ултравиолетова фотофлуоресценцията и подпомагане на зарастването на меките тъкани с тромбоцитни маси богати на растежни фактори. (Ji X, Pushalkar S, Li Y, Glickman R, Fleischer K, Saxana D., 2012)

Консервативно лечение

Първите препоръки за такова лечение са дадени от производителите на бифосфонати, които препоръчват локално и системно антибиотично лечение, предприемане на мерки за подобряване на оралната хигиена и контролиране на болката. (Expert panel recommendations for the prevention, diagnosis, and treatment of osteonecrosis of the jaws. Professional education material, 2004) (Migliorati CA, Schubert MM, Peterson DE, Seneda LM., 2005)

Антибиотиците, които са препоръчани за лечение на медикаментозно-индуцираната остеонокроза са ницилин, амоксицилин, метронидазол, флуорохинолони, клиндамицин, доксициклин, еритромицин. (Ji X, Pushalkar S, Li Y, Glickman R, Fleischer K, Saxana D., 2012) (Vescovi P, Nammour S., 2010) (Hoefert S, Eufinger H., 2011)

Системната антибактериална терапия е насочена към лечение на инфекцията и предотвратяване на задълбочаването на възпалителния процес (S., 2013). След провеждане на първото терапевтично конзервативно лечение резултатите са били разочароващи. През 2005-та година Маркс и кол. докладват за неуспешното конзервативно лечение на 119 от 119 случая (Marx RE, Sawatari Y, Fortin M, Broumand V., 2005). Препоръките за лечение търпят промени с времето: колкото повече опит и знания са се натрупвали със случаи на медикаментозно-индуцирана остеонокроза на челюстите, толкова повече хирургичното лечение придобивало клинична значимост. Изследванията показват слаба успеваемост при прилагането само на антибиотична терапия за лечение на остеонокрозата. (Ji X, Pushalkar S, Li Y, Glickman R, Fleischer K, Saxana D., 2012) (Hoefert S, Eufinger H., 2011) Това подкрепя идеята за комбинирането на антибиотичното лечение с хирургичното, за да се увеличи успеваемостта (Hoefert S, Eufinger H., 2011). Хирургичното лечение винаги трябва да бъде извършено успоредно с антибиотична терапия. (007/091., 2012)

Локална антисептична терапия

Локалната антисептична терапия е важен фактор. Тя включва водите за уста с хлорхексидин (chlorhexidine 0.12–0.2 %). (Yarom N, Yahalom R, Shoshani Y, Hamed W, Regev E, Elad S., 2007) (S. H., 2012) Хлорхексидиновите води за уста показват по-добри резултати що се касае за супра – и субгингивалните микроорганизми в сравнение с другите води за уста като съдържащите цетилпиридиниев хлорид или флуорид например. (Kneist S, Gebelein K, Küpper H., 2013) Други проучвания изследват инхибиторния ефект на редица растителни екстракти върху патогенните бактерии. Тези субстанции включват екстракти от *Zingiber officinalis* (джинджифил), *Salvia officinalis* (градински чай), *Chamomilla recutita* (лайка), *Rosmarinus officinalis* (розмарин), *Syzygium aromaticum* (карамфил), *Krameria lappacea* (патания) и *Commiphora abyssinica* (смирна). Тези екстракти са доказани срещу *Aggregatibacter actinomycetemcomitans*, *Enterococcus faecalis*, *Porphyromonas gingivalis* и *Fusobacterium nucleatum*. (Staudte H, Sigusch W., 2013) Особено зеленият чай *Camellia sinensis* изглежда има специални антисептични, антиоксидантни и противовъзпалителни свойства, а също така и помага за заздравяването на раните. (S. H., 2012) (Kim HK, Kawazoe T, Han DW, Matsumura K, Suzuki S, Tsutsumi S, Hyon SH., 2008) (Lee JH, Shim JS, Chung MS, Lim ST, Kim KH., 2009;)

Хирургично лечение

Хирургичното лечение цели пълно премахване на некротичната кост тъй като тя не може да бъде ревитализирана и нейният метаболизъм възстановен, дори размерите на клиничната находка да са малки. Дори малки останали участъци могат да екзацербират процеса и неговата прогресия да започне отново. Костната рана се затваря с меки тъкани. Границите на костната резекция се определят клинично, и чрез методите на образна диагностика (ортопантомография, КТ, МРТ). (Eckardt AM, Kokemuller H, Tavassol F, Gellrich NC., 2011) Един от най-съвременните методи е резекция на костта по метода на фотофлуоресценция под ултравиолетова светлина (Ristow O, Pautke C.). Допълнителни мерки като апликацията на стволови клетки (Cella L, Oppici A, Arbasì M, Moretto M, Pieroli M, Vallisa D, et al., 2011), тромбоцитна маса (Curi MM, Cossolin GS, Koga DH, Zardetto C, Christianini S, Feher O, et al., 2011), осигуряването на алкална среда (Dayisoğlu EH, Ungor C, Tosun E, Ersoz S, Duman MK, Taskesen F, et al., 2014;) или въвеждането на паратироиден хормон са обещаващи, но все още на експериментално ниво. (Cheung A, Seeman E., 2010) (Dayisoğlu EH, Senel FC, Ungor C, Tosun E, Cankaya M, Ersoz S, et al., 2013;)

Допълнителна терапия

Допълнителни мерки, които целят дезинфекцията на костта са полезни при хирургичното и консервативното лечение, като: озонотерапия, лазерна терапия, и специално пролонгираната антибиотична терапия. (Agriello A, Filiaçi F, Ramieri V, Riccardi E, Quaratò D, Rinna C, et al., 2012;) (Vescovi P, Manfredi M, Merigo E, Guidotti R, Meleti M, Pedrazzi G, et al., 2012) (Montefusco V, Gay F, Spina F, Miceli R, Maniezzo M, Teresa Ambrosini M, et al., 2008)

Профилактика и превенция

Тъй като овладяването на това заболяване представлява изключителна трудност трябва задължително да се обърне внимание на превенцията и профилактиката му. Трябва стоматолозите да бъдат обучени кои са медикаментите, които водят до медикаментозно индуцирана остеонекроза на челюстите. Онколозите след регистриране на костни метастази трябва да направят консултация със стоматолог, за да се санира устната кухина преди започването на химиотерапията. Не на последно място, когато трябва да се извършва инвазивна процедура на челюстите на такива пациенти, то те трябва да бъдат изпращани при компетентни специалисти.

Извод

Медикаментозно индуцираната остеонекроза е един съвременен и нарастващ проблем към който ние, като лекари трябва да се отнесем отговорно. Профилактиката, превенцията, ранната диагностика и адекватното навременно лечение водят до един добър клиничен резултат.

Автори: д-р Стоян Казаков – специалист по орална хирургия

Илия Маринов – студент по дентална медицина във ФДМ – София, Вяра Благова – студент по дентална медицина във ФДМ – София

Bibliography

- Baron R, Ferrari S, Russell RG. (2010).) Baron R, FDenosumab and bisphosphonates: different mechanisms of action and effects. Bone . 007/091., A.-R. N. (2012). Bisphosphonat- assoziierte Kiefernekrosen (BP-MRONJ) und andere Medikamenten-assoziierte Kiefernekrosen.
- Agrillo A, Filiazi F, Ramieri V, Riccardi E, Quarato D, Rinna C, et al. . (2012;). Bisphosphonate-related osteonecrosis of the jaw (BRONJ): 5 year experience in the treatment of 131 cases with ozone therapy. Eur Rev Med Pharmacol Sci. , 16(12):1741–7. PubMed PMID.
- Anastasilakis AD, Toulis KA, Polyzos SA, Anastasilakis CD, Makras P. (2012). Long-term treatment of osteoporosis: safety and efficacy appraisal of denosumab.
- Bartl R, Frisch B, von Tresckow E, Bartl C. (2007). Bisphosphonates in medical practice actions, side effects, indications, strategies. Berlin/New York: Springer.
- Bassett CA, Donath A, Macagno F, Preisig R, Fleisch H, Francis MD. (1969). Bassett CA, Donath A, Macagno F, PreiDiphosphonates in the treatment of myositis ossificans. Lancet.
- Cella L, Oppici A, Arbasì M, Moretto M, Piepoli M, Vallisa D, et al. (2011). Autologous bone marrow stem cell intralesional transplantation repairing bisphosphonate related osteonecrosis of the jaw. Head Face Med. , ;7:16. PubMed PMID: 21849044. Pubmed Central .
- Cheung A, Seeman E. (2010). Teriparatide therapy for alendronate- associated osteonecrosis of the jaw. N Engl J Med. , ;363(25):2473–4. PubMed PMID:20950167.
- Cummings SR, San Martin J, McClung MR, Siris ES, Eastell R, Reid IR, et al. (2009/08/11). (11) Cummings SR, San Martin J, McClung MR, Siris ES, Eastell R, Reid IR, et al. Denosumab for prevention of fractures in postmenopausal women with osteoporosis.
- Curi MM, Cossolin GS, Koga DH, Zardetto C, Christianini S, Feher O, et al. (2011). Bisphosphonate-related osteonecrosis of the jaws—an initial case series report of treatment combining partial bone resection and autologous platelet-rich plasma. J Oral Maxillofac Surg .
- Dayisoylu EH, Senel FC, Ungor C, Tosun E, Cankaya M, Ersoz S, et al. (2013;). The effects of adjunctive parathyroid hormone injection on bisphosphonate-related osteonecrosis of the jaws: an animal study. Int J Oral Maxillofac Surg. , 42(11):1475–80. PubMed PMID: 23746422.
- Dayisoylu EH, Ungor C, Tosun E, Ersoz S, Duman MK, Taskesen F, et al. . (2014;). Does an alkaline environment prevent the development of bisphosphonate-related osteonecrosis of the jaw? An experimental study in rats. . Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol. .
- Eckardt AM, Kokemuller H, Tavassol F, Gellrich NC. (2011). Reconstruction of oral mucosal defects using the nasolabial flap: clinical experience with 22 patients. . Head Neck Oncol. , ;3:28. PubMed PMID: 21605443. Pubmed Central PMCID: 3121716.
- Expert panel recommendations for the prevention, diagnosis, and treatment of osteonecrosis of the jaws. Professional education material. (2004). East Hanover.
- Fleisch HA, Russell RG, Bisaz S, Mühlbauer RC, Williams DA. (1970). Fleisch HA, Russell RG, Bisaz S, The inhibitory effect of phosphonates on the formation of calcium phosphate crystals in vitro and on aortic and kidney calcification in vivo.
- Henry DH, Costa L, Goldwasser F, Hirsh V, Hungria V, Prausova J, et al. (2011). Henry DH, Costa L, Goldwasser F, Hirsh V, Hungria V Randomized, double-blind study of denosumab versus zoledronic acid in the treatment of bone metastases in patients with advanced cancer (excluding breast and prostate cancer) or multiple myeloma. J Clin Oncol .
- Hoefert S, Eufinger H. (2011). Relevance of a prolonged preoperative antibiotic regime in the treatment of bisphosphonate-related osteonecrosis of the jaw. J Oral Maxillofac Surg. , 362–80.
- Hoefert S, Eufinger H. (2011). Relevance of a prolonged preoperative antibiotic regime in the treatment of bisphosphonate-related osteonecrosis of the jaw. J Oral Maxillofac Surg .
- Ji X, Pushalkar S, Li Y, Glickman R, Fleischer K, Saxana D. (2012). Antibiotic effects on bacterial profile in osteonecrosis of the jaw. Oral Dis .
- Ji X, Pushalkar S, Li Y, Glickman R, Fleischer K, Sexana D. (2012). Antibiotic effects on bacterial profile in osteonecrosis of the jaw. Oral Dis , 85–95.

Kim HK, Kawazoe T, Han DW, Matsumara K, Suzuki S, Tsutsumi S, Hyon SH. (2008). Enhanced wound healing by an epigallocatechin gallate-incorporated collagen sponge in diabetic mice. *Wound Repair Regen.* , 16(5):714–20.

Kneist S, Gebelein K, Küpper H. (2013). Zur antimikrobiellen Wirkung von Mundspüllösungen. . *ZWR.* , 122(2):8–15.

Lee JH, Shim JS, Chung MS, Lim ST, Kim KH. (2009;). In vitro anti-adhesive activity of green tea extract against pathogen adhesion. *Phytother Res.* , 23(12):460–6.

Marx. (2003). Pamidronate (Aredia) and Zolendronate (Zometa) induced avascular necrosis of the jaws: a growing epidemic. *J Oral Maxillofac Surg.*

Marx RE, Sawatari Y, Fortin M, Broumand V. (2005). Bisphosphonate-induced exposed bone of the jaws: risk factors, recognition, prevention and treatment. *J Oral Maxillofac Surg.*

Migliorati CA, Schubert MM, Peterson DE, Seneda LM. (2005). Migliorati CBisphosphonate-associated osteonecrosis of mandibular and maxillary bone: an emerging oral complication of supportive cancer therapy. *Cancer.*

Montefusco V, Gay F, Spina F, Miceli R, Maniezzo M, Teresa Ambrosini M, et al. . (2008). Antibiotic prophylaxis before dental procedures may reduce the incidence of osteonecrosis of the jaw in patients with multiple myeloma treated with bisphosphonates.

Ristow O, Pautke C. . (n.d.). Auto-fl uorescence of the bone and its use for delineation of bone necrosis – a technical note. *Int J Oral Maxillofac Surg* (2014) , <http://dx.doi.org/10.1016/j.ijom.2014.07.017> .

Russell RG, Rogers MJ, Frith JC, Luckman SP, Coxon FP, Benford HL, et al. (1999). Russell RG, Rogers MJ, Frith JC, Luckman SP, Coxon FP, Benford HL, et al. The pharmacology of bisphosphonates and new insights into their mechanisms of action.

S., H. (2012). Prothesendruckstellen als Risiko einer Bisphosphonat-assoziierten Kiefernekrose. 121(11):564–71.

S., R. (2013). An office-based approach to the diagnosis and management of osteonecrosis. *Atlas Oral Maxillofac Surg Clin North Am* , 167–73.

Sato M, Grasser W, Endo N, Akins R, Simmons H, Thompson DD, et al. (1991). Bisphosphonate action. Alendronate localization in rat bone and effects on osteoclast ultrastructure. *J Clin Invest.*

Staudte H, Sigusch W. (2013). Die Wirkung von Pflanzenstoffen auf parodontalpathogene Bakterien. . *ZWR.* , 122(2):18–24.

Stopeck AT, Lipton A, Body JJ, Steger GG, Tonkin K, de Boer RH, et al. (2010). Stopeck AT, Lipton A, Body JJ, Steger GG, Denosumab compared with zoledronic acid for the treatment of bone metastases in patients with advanced breast cancer: a randomized, double-blind study. *J Clin Oncol.*

Van den Wyngaert T, Claeys T, Huizing MT, Vermorken JB, Fossion E. (2008/10/26). Van den Wyngaert T, Claeys T, Initial experience with conservative treatment in cancer patients with osteonecrosis of the jaw (ONJ) and predictors of outcome.

Vescovi P, Manfredi M, Merigo E, Guidotti R, Meleti M, Pedrazzi G, et al. (2012). Early surgical laser-assisted management of bisphosphonate-related osteonecrosis of the jaws (BRONJ): a retrospective analysis of 101 treated sites with long-term follow-up. *Photomed Laser Surg.*

Vescovi P, Nammour S. (2010). Bisphosphonate-related osteo- necrosis of the jaw (BRONJ) therapy. A critical review. *Minerva Stomatol.* , 181–203; 204–213.

Yarom N, Yahalom R, Shoshani Y, Hamed W, Regev E, Elad S. (2007). Osteonecrosis of the jaw induced by orally administered bisphosphonates: incidence, clinical features, predisposing factors and treatment outcome. *Osteoporos Int* , 1363–70.



Какво спечелиха партньорите на ЕЛАНА Фонд Мениджмънт?

*Сравнете какво се случи със спестявания от 10 000 лв.
при нисък риск в ЕЛАНА Еврофонд
и при депозит за 1 година*

Данни	Вложение в ЕЛАНА Еврофонд	Вложение в депозит
Начална сума 1 година назад	10 000 лв.	10 000 лв.
Печалба 1 година в %	4.03%	0.47%
Печалба 1 година в лева	403 лв.	47 лв.
Данък печалба в %	0%	8%
Данък печалба в лева	-0 лв.	-3.76 лв.
Остатък спестявания	10 403 лв.	10 043.24 лв.
Инфлация за периода в %	1.91%	1.91%
Инфлация за периода в лв.	109.70 лв.	191.83 лв.
СПЕСТЯВАНИЯТА СЛЕД 1 ГОДИНА	10 204.30 лв.	9 851.41
РЕАЛЕН ДОХОД ЗА 1 ГОДИНА	204.30 лв.	- 148.59 лв.

Данни за период юни 2016 – юни 2017 г. от БНБ, БАУД, НСИ.

Посъветвайте се с консултантите на ЕЛАНА Фонд Мениджмънт



Сиана Даскалова, daskalova@elana.net, мобилен тел. 0887 855 031



Николай Павлов, pavlov@elana.net, мобилен тел. 0889 022 537

Disclaimer: Стойността на финансовите инструменти и доходът от тях може да се понижат. Не се гарантират печалби и съществува риск за инвеститорите да не си възстановят пълния размер на вложените средства. Представените резултати не са еталон или индикация за бъдещи резултати. Инвестициите във взаимни фондове, както и инвестициите на самия фонд, не са гарантирани от гаранционен фонд или с друг вид гаранция. Всеки работен ден между 9:00 и 17:30 ч. инвеститорите могат да получат на български език документите на КИС в офисите на ЕЛАНА Фонд Мениджмънт, както и на www.elana.net.



Инвестиция на фокус: ЕЛАНА Еврофонд



Представя Сиана Даскалова, консултант, ЕЛАНА Фонд Мениджмънт

ЕЛАНА Еврофонд е взаимен фонд с много нисък риск за инвестицията, тъй като средствата се инвестират основно в депозити и облигации. С една малка част от активите, до 20%, фондът купува акции с годишни дивиденди, чрез които постига по-високия годишен доход за инвеститорите. Той се използва от инвеститорите като **алтернатива на депозит**, тъй като при нива на лихвите от 0.4% на годишна база, от началото на 2017 г. до края на август фондът вече постига **1.71%** за вложителите си.

Няма ограничения за внасяне и теглене на суми – операцията се извършва в рамките на 3 дни. Таксите са незначителни и са начислени в цената на 1 дял, която се обявява всеки ден на www.elana.net. При покупка на дял се начислява в цената такса от 0.1%, а при продажба (изтегляне) таксата е 0.3%. Не се заплаща данък върху реализираната печалба както при лихвите от депозитите.

НАЙ-НАГРАЖДАВАНИТЕ
БЪЛГАРСКИ ФОНДОВЕ
www.elana.net/fund-management

ЕЛАНА
Еврофонд



Посъветвайте се с консултантите на ЕЛАНА Фонд Мениджмънт



Сиана Даскалова, daskalova@elana.net, мобилен тел. 0887 855 031



Николай Павлов, pavlov@elana.net, мобилен тел. 0889 022 537

Disclaimer: Стойността на финансовите инструменти и доходът от тях може да се понижат. Не се гарантират печалби и съществува риск за инвеститорите да не си възстановят пълния размер на вложените средства. Представените резултати не са еталон или индикация за бъдещи резултати. Инвестициите във взаимни фондове, както и инвестициите на самия фонд, не са гарантирани от гаранционен фонд или с друг вид гаранция. Всеки работен ден между 9:00 и 17:30 ч. инвеститорите могат да получат на български език документите на КИС в офисите на ЕЛАНА Фонд Мениджмънт, както и на www.elana.net.

ostenidol® – перфектна
грижа за Вашите
пациенти!



ostenidol®- вода за уста

Цялостна грижа за Вашата уста

Нашите плюсове:

- първата вода за уста с Octenidine
- за деконтаминация в случай на MRSA
- ефективна защита срещу гингивит и пародонтит
- антибактериална
- без хлорхексидин
- без алкохол

Package size

	Art. No.
60 ml bottle	113 410
250 ml bottle	113 408

Product data

Ingredients:

Aqua, PEG-40 Hydrogenated Castor Oil, Glycerin,
Aroma, Sodium Gluconate, Sucralose, Octenidine HCL,
Citric Acid, BHT



София, ул. Прелом 8
тел.: 02/ 971 54 40; 971 54 41
e-mail: office@romy-dent.com
www.romy-dent.com



schülke -+

Орална хигиена = най-добро здраве

Почистваща и възстановяваща
вода за уста с Octenidin



ctenidol®



Без хлорхексидин
Без алкохол

the plus of pure
performance

schülke +

octenidol® вода за уста

с най-бързо действие и най-добра поносимост

Подобрена формула -
ефективен
и срещу гъбички
(Candida albicans)

Приложение

- за възстановяване и профилактика на възпалителни процеси в устната кухина
- поддържа устната хигиена
- единствената вода за уста с активно действие срещу MRSA
- ефективна срещу заболявания, водещи до гъбични инфекции или заболявания при имunosупресорни пациенти
- подходяща за употреба преди и след орална интервенция
- незаменима в случаи на пародонтити и гингивити

Инструкция за употреба

- изплакнете с 10-15 ml от разтвора за приблизително 15-30 sec.
- препоръчителна е употреба 2-3 пъти на ден
- изплакнете веднага след храна
- подходящ и за промивки на лигавицата

Предимства на Octenidol

- без хлорхексидин, със свеж вкус на мента
- с най-кратко контактно време - 15 sec. за MRSA
- широк спектър на действие - единственият, който повлиява MRSA и гъбички в устната кухина
- специално разработен за лигавицата
- НЕ оцветява зъбите



the plus of pure
performance

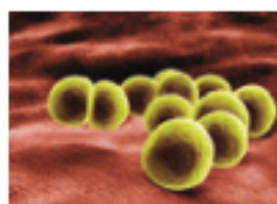
Ефикасността на Octenidol е клинично потвърдена

Единствената вода за уста, на основата на Octenidin, която потиска бактерии и гъбички много по-бързо и сигурно от всички останали води за уста.

Силен бактерициден
ефект
време на контакт = 10 sec.



Ефикасен срещу
MRSA
с контактно време = 15 sec.



Ефикасен
срещу гъбички
с контактно време = 1 min.



Ефикасен
срещу пародонтити
и гингивити
с контактно време = 30 sec.



Octenidine- единствената активна съставка с най-много предимства

Активни съставки	Предимства	Недостатъци
Octenidine	• ефективен срещу бактерии, гъбички и капсулирани вируси • бързо действие • изключителна поносимост към кожа и лигавица • без опасност от развитие на резистентност • 24 часов ефект • не оцветява зъбите	• не ефективен срещу спори и едновирежни РНК вируси
Chlorhexidine	• ефективен срещу бактерии, гъбички и капсулирани вируси • бързо първоначално действие • остатъчно действие	• не ефективен срещу едновирежни вируси и спори • ограничена ефективност срещу Pseudomonas sp. • мутагенен, алергенен и токсичен риск

За най-доброто здраве и безопасност на Вашите пациенти

Octenidol осигурява приятно усещане за Вашите пациенти със свеж ментов вкус и в същото време осигурява оптимална защита.



ПО-ПОЛЕКА-Стефан Вълдобрев и Обичайните заподозрени
(музика и текст-Стефан Вълдобрев)

Тръгвам натам където, няма път или пътека
Бяга светът, но ние ще я караме полека
Сядаме пред вълните и на пясъка с китара
Барът е до морето и морето е до бара.

Времето лети все по-далеко, ние го следим, но по-полека
Чорлави глави като пирати, пеем и чакаме зората
Времето лети все по-далеко, ние го следим, но по-полека
Огънят гори, луната мига и засега това ни стига.

Утрото без алармае като небе без облак.
Някой е спрял Земята, а бедрата ти са топли.
Гледам вълните и на пясъка с китара.
Барът е до морето и морето е до бара.

Времето лети все по-далеко, ние го следим, но по-полека
Чорлави глави като пирати, пеем и чакаме зората.
Времето лети все по-далеко, ние го следим, но по-полека.
Огънят гори, луната мига и засега това ни стига.

По-високо, по-нагоре, повече по много,
по-богато, по-голямо, по-добре, по-много.
По-велико, по-красиво, малко по-такова,
по-дебело, по-широко, опаковано готово.
По-любимо, по-активно, по-необходимо,
по-напред, по-набързо, по-веднага, по-живо.
По-велико, по-красиво, по-чисто ново,
Непременно по-такова, опаковано готово.
По-високо, по-нагоре повече по много,
По-богато, по-голямо, по-добре, по-ново.

Поогледай се ,послушай,поразпита й,помълчи,
потанцувай си,почакай ,наслади се на момента,
забави,забави,по-полека,за бави,за бави...
по-полека,забави,за бави,по-полека ,за бави,за бави

Времето лети все по-далеко,ние го следим, но по-полека
Чорлави глави като пирати,пеем и чакаме зората.
Времето лети все по-далеко,ние го следим, но по-полека
Огънат гори,луната мига и засега това ни стига.

Здравей Стефан,

Познаваме се от много години и затова си позволявам да се обърна към теб по този начин.

Провокирана бях за това интервю от мой колега ,който на наше парти ,по повод посрещане на Юлското утро ,изпълни твоята песен „По- полека”.Заслушах се.Звучеше много леко и лятно-мелодично,а в същото време текстът и е много дълбок.

В едно друго интервю споделяш,че посланията в албума ти „10 и ½”са да забавим темпото,да бъдем по- човечни,да излезнем от състоянието”по-голямо,по-широко,по-велико”.Как мислиш,успяха ли да стигнат тези послания до слушателите от лятното ви турне ,във време,в което сякаш интелектуалецът не е модел на поведение?

Това, което се случи по време на лятното ни турне, надхвърли и най-смелите ми очаквания - препълнени зали, преливащи от хора, но хора одухотворени, усмихнати, смислени, умни, хора зажаждали и очакващи от своя страна да чуят смислена музика и смислени послания, които да ги заредят емоционално. Ние, разбира се им ги давахме безрезервно, защото като група сме в най-върховата си форма, но и ние пък от своя страна се зареждахме емоционално от тези срещи, защото те бяха велики, незабравими... Да видиш как четири поколения пред теб пеят всеки един текст, вълнуват се, а след концертите анализират, интересуват се, питат, обсъждаме някоя дума или фраза - защо така, какво точно се пее, какво точно се казва..., стотиците клипчета с изпълненията на 5-6 годишни хлапета, които получавам... това са емоции, които трудно се описват с думи, но които осмислят цялата ни работа, целия ни труд, безсъниците ми в нощите, в които съм създавал песните... И да, права си, времето наистина е такова, каквото го описваш, но истинският човек на духа няма време да разсъждава над тези въпроси, да се оплаква и да хленчи, неговата задача е да не спира да работи и да прави всичко по своите стандарти - ако нещата, които създава са честни и вълнуващи, биха достигнали до хората. Още повече, че съществува и интернет - единственото все още свободно медийно пространство.

Дали сме по-щастливи,ако сме по-смирени и по-търпеливи,ако не сме толкова материални и комерсиални?

Това е смисъла на текста, да. Мисля че в началото на това хилядолетие ни връхлетя едно цунами, наложено от световните корпорации - на всеядност, на меркантилност, на алчност, на създаване на бездуховни хора, хора-потребители. Навремето майсторите от който и да е занаят са правили нещо, за да трае то вечно - такава е била целта. Сега целта е да направиш нещо, което трае до два месеца след гаранцията, да ъпдейтваш през половин година, да обвързваш потребителя, да го ошашавиш. Това темпо е непосилно, нечовешко, няма как да се продължи така...



Откакто те познавам, не си спирал да твориш и да се развиваш и то в различни поприща на професията си - актьорско майсторство, театрална музика, кинорежисура, музика, а в същото време ни съветваш „забави, забави“. Какво искаш да ни подскажеш, в този смисъл и за нашата напрегната и динамична професия, в която също има и състезание?!

Не е в количеството работа, която човек е поел, а в умението да изпитваш наслада от нея. Няма по-голямо удоволствие за мен от това, да видя някой, който обича работата си. Който я върши с усмивка на лицето и без напрежение. Който работи точно това, което е мечтал като млад. Скоростта е без значение, смисълът е важен и отдаването на момента.

Интервюто беше взето от д-р Борислава Златева



КОЛЕДЕН БАЛ НА СБЗ

16.12.2017

Ресторант Москва, Парк-хотел Москва

Уважаеми колеги, съмишленици и приятели,
Управителният съвет на СБЗ Ви кани най-учтиво да отпразнуваме заедно успешното завършване на 2017 г. Ще се радваме да бъдете част от нашето традиционно Коледно тържество.

С уважение,
Управителен съвет на СБЗ



д-р Борислава Златева

АВТОРСКИ КОЛЕКТИВ НА БРОЯ

д-р Анатолий Кънев
д-р Любка Йорданова
д-р Стоимен Узунов
д-р Владимир Ашиков



INSTRUMENTARIUM



Snapshot™

Интраорален дигитален сензор

- Изображението се появява веднага на компютъра;
- Активна площ 30x20 mm (опция 34x26 mm);
- Резолюция **26.3 lp/mm**, размер на пиксела **19 µm**;
- USB 2.0, TWAIN драйвер, **CLINIVIEW™** софтуер.

комплект

€ 6,840.--

Интраорален DC рентген Focus™

- Висококачествен рентгенов генератор
- Постоянен потенциал **60/70 kV, 7 mA**;
- Времена на експонация 0.02-3.2 сек.
- Фокално петно 0.7 mm;
- Филтър 2,5 mm Al;
- Колиматор Ø 60 x 229 mm (опция правоъгълен);
- Дистанционен ключ.
- Стенен монтаж с рамо 176, 191 или 216 см.

ПРОМОЦИЯ
Разсрочено
плащане
на 10 вноски



Интраорална камера GXC-300

- Вид на изображението: интраорални и екстраорални изображения, стоп кадър, разделяне на 4 на екрана;
- Ъгъл на видимост: 60°, Направление на видимост: 90°;
- Фокусно разстояние: от 1 mm до безкрайност;
- Разделителна способност: **25.4 lp/mm**;
- Осветление: 4 LED;
- USB кабел Дължина: 3 метра;
- Размери: 28.5 x 25.5 x 230 mm., Тегло: 180 гр.

€ 1,200.--

R₂ Medical Depot

София кв. Овча Купел 1, бул. Президент Линкълн 52,
тел. 02/80 52 500, факс 02/956 03 99
Пловдив ул. Росица 5А, тел./факс 032/64 31 01
Варна ж.к. Възраждане I 21 (ул. Ана Феликсова 30)
тел./факс 052/65 50 35
www.mdrk.bg e-mail: office@medicaldepot-bg.com